

DE LA

N° 41

COLPO-HYSTÉRECTOMIE

ABDOMINO-VAGINALE

DANS LE CANCER DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Mars 1909

PAR

Henri ARNAUD

Né à Embrun (Hautes-Alpes), le 21 juillet 1884

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*). DOYEN.
SARDA. ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale.	MM. GRASSET (*).
	Chargé de l'enseig ^t de
	pathol. et therap. génér.
Clinique chirurgicale.	TEDENAT (*).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (*).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	MAIRET (*).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (*).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie.	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales.	RAUZIER.
	Chargé de l'enseignement
	de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.	VALLÔIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.	LAPEYRÈ, agrégé libre.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

M. IZARD, *secrétaire*.

Examineurs de la thèse :

MM. FORGUE, <i>président</i> .	MM. JEANBRAU, <i>agrégé</i> .
DE ROUVILLE, <i>professeur</i> .	SOUBEYRAN, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE LE DOCTEUR A. ARNAUD

A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma profonde
et reconnaissante affection.*

H. ARNAUD.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON IMBERT

AGRÉGÉ DES FACULTÉS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE MARSEILLE

*Je dédie cette thèse, modeste gage
de reconnaissance pour les bienfaits qu'il
m'a prodigués avec tant d'affection.*

A M. LE PROFESSEUR HENRI IMBERT

A M. LE PROFESSEUR ARMAND IMBERT

*Témoignage de ma profonde
reconnaissance et de ma vive affection.*

H. ARNAUD,

A M. LE PROFESSEUR QUEIREL

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

A M. LE DOCTEUR J. ESCAT

CHARGÉ DE COURS A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

A MES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'UNIVERSITÉ
DE MONTPELLIER

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

H. ARNAUD.

DE LA

COLPO-HYSTÉRECTOMIE

ABDOMINO-VAGINALE

DANS LE CANCER DE L'UTÉRUS

I

ÉTUDE GÉNÉRALE SUR LE CANCER DE L'UTÉRUS

Le mot cancer a ici une signification essentiellement clinique ; il est synonyme de néoplasme utérin. Le corps et le col de l'utérus peuvent être isolément envahis. Je n'étudierai ici que le cancer du col.

La grande prédisposition du col au néoplasme malin a frappé tous les observateurs. Cependant on ne trouve dans la pathologie générale aucune donnée qui puisse expliquer ce fait. Quant à la cause efficiente du néoplasme, elle demeure toujours inconnue.

Au point de vue clinique, l'aspect primitif du cancer permet d'observer quatre formes : papillaire, nodulaire, cavitaire ou vaginale. Suivant leur point de départ, les épithéliomas se divisent en épithéliomas pavimenteux

tubulés ou lobulés, et en épithéliomas cylindriques. Dans ces deux formes on observe la tumeur encéphaloïde ou le squirrhe suivant l'abondance et la densité du stroma. A la période ultime de la maladie, les caractères propres à chaque forme s'effacent au milieu des énormes lésions auxquelles aboutit le cancer par son extension. Celle-ci se fait dans plusieurs directions, vers : le vagin, le corps, le tissu conjonctif pelvien et les ligaments larges, les uretères et la vessie, le rectum, le péritoine, les ganglions.

La rétention rénale due à l'envahissement de l'uretère aboutit à l'hydronéphrose. Plus fréquemment on constate des lésions d'ordre mécanique, à savoir : dilatation urétérale et hydronéphrose avec néphrite conjonctive. La pyométrie est une complication assez fréquente. Ce n'est qu'exceptionnellement que la lésion cardiaque accompagne la néphrite du cancer. On a constaté quelquefois l'endocardite verruqueuse d'origine vraisemblablement microbienne. Au nombre des lésions éloignées et deutéropathiques il faut encore noter la dégénérescence graisseuse du foie. Enfin, on observe parfois dans cet organe des productions métastatiques ainsi que du côté des viscères éloignés, poumon, estomac, reins.

Le début est insidieux, il existe une période latente. Les hémorragies signalent l'affection que caractérisent la leucorrhée, les douleurs, les phénomènes réflexes du côté du tube digestif, de la circulation, du système nerveux reproduisant le syndrome utérin de Pozzi. L'examen local précise. Par le toucher et la palpation bimanuelle, on constate l'induration, l'état papillaire ou ulcéreux du col. Puis surviennent la cachexie cancéreuse due à la coprémie, la cystite, les névralgies, la phlegmatia alba dolens, les fistules. C'est anesthésiées par l'urémie que finissent généralement les malades. La péritonite et les

embolies peuvent hâter la mort, due pour une bonne part à la septicémie.

Il faut éviter de confondre le cancer avec la métrite, le papillome bénin, le petit myome, les polypes muqueux et adénomes, et enfin avec le corps fibreux du col ou le polype du corps. Le diagnostic de la propagation est très important, capital même au point de vue de la décision opératoire.

Le cancer sous toutes ses formes a une marche fatale d'une durée de 53 à 83 semaines (Arnots). C'est la variété dure ou squirrheuse de la forme cavitaire qui évolue le plus lentement. De vingt à trente ans l'évolution est plus rapide que vers la ménopause. Une des complications qui assombrissent le plus le pronostic est l'anurie. Au point de vue étiologique, la femme est plus sujette au cancer que l'homme et c'est l'utérus qui est le plus souvent atteint. La race, l'hérédité, l'âge et la misère physiologique sont trois causes générales prédisposantes dont l'action ne peut être niée. Comme causes locales on a surtout invoqué la déchirure du col et la métrite cervicale qu'elle entretient.

II

HISTORIQUE GÉNÉRAL DU TRAITEMENT

La thérapeutique du cancer utérin se divise en deux parties : l'exérèse totale et le traitement purement palliatif.

On est souvent amené par l'extension de la tumeur à ne s'adresser qu'à ce dernier. D'abord dans les cas de cancer limité au col avec certitude ou soupçon de propagation profonde. Je ne rappellerai que pour les blâmer les opérations conseillées ici et décorées du nom d'hystérectomie palliative, ablation de l'utérus au milieu d'un foyer cancéreux profond, et d'amputations sus-vaginales irrégulières, sorte d'hystérectomies inachevées après une vague dissection exploratrice. Ce sont des interventions moins efficaces qu'un simple curettage suivi de cautérisations. Le traitement palliatif s'adresse encore aux cas de cancer du col ayant envahi le vagin primitivement ou consécutivement, et enfin on l'emploie exclusivement quand le cancer du col est propagé non seulement au

vagin, mais encore à la vessie et au rectum. Dans toutes ces catégories-là, on doit s'adresser à une opération palliative, susceptible de supprimer les deux grandes causes d'affaiblissement des malades, les hémorragies et les écoulements fétides. Pour cela il faut détruire rapidement les fongosités qui se désagrègent avec lenteur et qui entraînent par ce travail d'élimination spontanée les symptômes précédents. L'instrument de choix est la curette et plus spécialement la cuiller tranchante de Simon. On fait suivre le curettage d'une énergique cautérisation au thermo. Ce procédé a donné de bons résultats à Kerberlé, à Baker et à Schröder. Au lieu de la cautérisation ignée bien préférable on a employé à l'étranger les solutions alcooliques de brôme ou 1/5, la pâte de Canquoin, le caustique de Filhos, le perchlorure de fer, l'acide acétique, l'acide nitrique, l'acide chromique. etc. Il faut reconnaître que le chlorure de zinc manié avec prudence peut rendre de réels services. Il a été préconisé d'abord par Maisonnave et Demarquay, puis par Marion Sims, van de Warker et Fränkel. Guinard a en 1896 conseillé le carbure de calcium que Von Herff dit donner d'assez bons résultats.

Comme injections désinfectantes, on emploie le permanganate de potasse à 1/1000, la liqueur de Labarraque très diluée. Un curettage destructeur doit compléter ce traitement. Contre les hémorragies, qui se trouvent bien des traitements précédents, on a recours aux tampons imbibés de perchlorure de fer, de gélatine, d'adrenaline, de ferripyrine, etc. Le thermocautère est l'ultima ratio. La digitale peut être très utile. Le syndrome utérin est amendé par ce traitement. On agit ensuite contre chaque symptôme. La morphine seule calme les douleurs dues à la névrite cancéreuse. Tous les spécifiques vantés

sont toujours inefficaces et parfois nuisibles. On a aussi conseillé la fulguration après curettage ; mais cette méthode est trop récente pour qu'on puisse la juger.

Le traitement curatif a pour but l'exérèse totale des tissus infiltrés par le néoplasme. On s'adresse à deux méthodes : les amputations élevées du col ou les hystérectomies totales. L'amputation sous-vaginale du col, aujourd'hui abandonnée, a été préconisée par Verneuil, Ch. Braun et Byrne. Schröder créa l'amputation élevée ou supra-vaginale du col que préconisa Olshausen. En Allemagne elle a été aussi pratiquée par Guisserow, en Amérique par Baker et Reamy, en Angleterre par Spencer Wells et Wallacé, et en France par Kœberlé, Marchand, Buffet, etc. L'amputation du col n'est plus aujourd'hui qu'un souvenir. La gravité de l'hystérectomie totale est en effet réduite ; elle ne diffère plus sensiblement de l'exérèse cervicale tout en offrant des avantages considérablement supérieurs.

L'hystérectomie pour cancer du col est pratiquée par la voie vaginale ou la voie abdominale ; elle l'a été exceptionnellement par la voie sacrée, parasacrée et paravaginale. La première extirpation de l'utérus cancéreux par la voie vaginale est due à Santer, qui la pratiqua en 1822. Son exemple fut bientôt suivi par Siebol et Holscher, par Blündelt en Angleterre en 1828 et, en France, en 1829, par Récamier, qui le premier montra la nécessité de lier les artères utérines. Tombée dans l'oubli, elle n'en a été tirée qu'en 1878 par Czerny (de Heidelberg) qui en a été le véritable vulgarisateur. C'est ensuite Demons (de Bordeaux) et J. Baeckel (de Strasbourg), qui ont fait de nouveau connaître l'opération en France. Spencer Wells, Richelot et Péan ont contribué à vulgariser l'application de longues pinces, laissées à demeure sur les ligaments larges

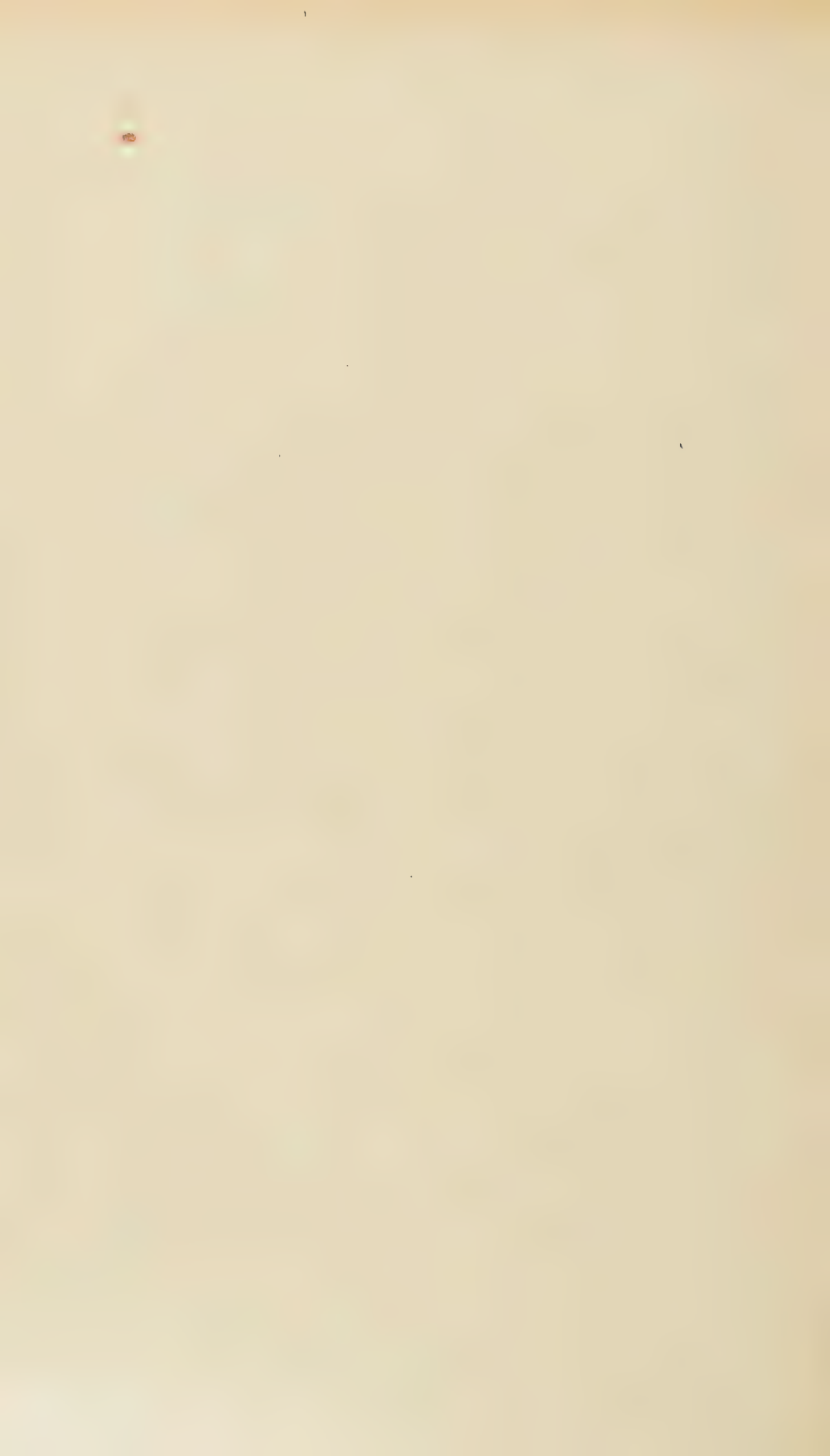
durant deux ou trois jours. Müller a en 1822 recommandé l'hémisection totale de l'utérus au lieu de la section sagittale de la paroi antérieure ; procédé repris et perfectionné par Quénu en 1892. Péan et après lui Richelot et Segond ont fait la résection primitive du col et l'hémostase préventive des utérines. Döderlein a recommandé un procédé d'hystérectomie qui se caractérise essentiellement par la section primitive de la paroi cervicale postérieure jusqu'au cul-de-sac de Douglas. Doyen a cherché à faciliter l'hémostase par la vasotripsie avec sa pince, et Tuffier par l'angiatripsie. A l'étranger, cette technique a été étudiée par Thumim, par Amann, par Döderlein, etc. L'hystérectomie vaginale par la méthode des ligatures a été particulièrement bien décrite par Martin.

L'historique de l'hystérectomie abdominale pour le cancer du col utérin peut être divisé en quatre périodes, A la période initiale se rattache le nom de W.-A. Freund qui, en 1878, conçut et pratiqua avec succès l'ablation de l'utérus par la voie abdominale. Cette opération fut répétée les années suivantes principalement en Allemagne. Hegar et Kaltenbach purent, en 1881, en réunir 93 cas. Mais les résultats furent des plus déplorables, comme le prouvent les publications de Schink, Linkenheld, Baum, Schröder, Mikulicz, Ahlfeld, Czerny, Kleinwächter, Olshausen, Bardenheur, etc. Duncan en 1885 relevait une mortalité de 73 pour 100. Depuis 1898 les progrès opératoires essentiellement caractérisés par « l'évidement pelvien » ont remis en grande faveur l'hystérectomie abdominale. Wertheim a attaché son nom à cette pratique opératoire. Funke, Peiser, Mac-Kenrodt, Krœnig, Döderlein, etc., en Allemagne ; Jonnesco en Roumanie ; Jacobs, en Belgique, etc., l'ont également préconisée. Jonnesco recommanda la ligature préalable de l'artère

hypogastrique comme l'avait déjà fait Howard A. Kelly ; il complète l'opération par l'évidement lombo-iléo-pelvien. Clark et Peiser ont recommandé particulièrement le cathétérisme préalable des uretères.

L'hystérectomie par la voie sacrée dérive de l'opération imaginée d'abord par Kraske pour arriver profondément dans le bassin sur le rectum cancéreux. Verneuil et Kocher n'avaient extirpé que le coccyx, Schede qui a surtout pratiqué cette opération enlève la partie inférieure du sacrum. Herzfeld (de Treime) a fait les premières recherches anatomiques ; Hochenegg et Gersuny les premières opérations. Hégar fait une opération préliminaire ostéoplastique. Terrier l'imita. De l'hystérectomie par la voie sacrée se rapproche beaucoup le procédé qu'ont recommandé Zuckerkandl et Wölfler et qui consiste en une incision parasacrée et pararectale. Schuchardt, en 1893, a proposé une incision analogue, l'incision paravaginale, qui rappelle fort la périnéotomie verticale, recommandée par Hégar et Sängér. Pour se donner plus de jour, Stande (de Hambourg) n'a pas hésité à recourir à une double incision paravaginale, symétriquement pratiquée à droite et à gauche de la ligne médiane.

Je vais maintenant examiner chacun de ces procédés en particulier.



III

LES PROCÉDÉS D'HYSTÉRECTOMIE

On s'adresse à plusieurs voies pour arriver sur l'utérus. Les plus habituelles sont les voies vaginale et abdominale ; exceptionnellement on a employé les voies sacrée, parasacrée et paravaginale.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. — Le cancer de l'utérus n'est justiciable que de l'hystérectomie totale. Il faut s'être assuré par l'examen approfondi de la malade que l'utérus est mobile et que les ligaments larges sont souples. On aura, en outre, désinfecté le vagin avec un soin particulier, curetté et cautérisé le cancer la veille ou au début de l'opération.

Dans le premier temps on incise circulairement la muqueuse autour du col aussi loin que possible des tissus malades. Le deuxième temps consiste à décoller la vessie et à refouler le rectum. A l'aide de pinces à traction im-

plantées sur la paroi antérieure de l'utérus, on cherche ensuite à le faire basculer intact en avant ; c'est le troisième temps. Le quatrième est constitué par l'hémostase des ligaments larges et des vaisseaux utérins. Quel que soit l'état des annexes, leur enlèvement est préférable ; il est essayé en même temps que celui de l'utérus plutôt que consécutivement. Pour éviter tout suintement, deux pinces chevauchent l'une de bas en haut, l'autre de haut en bas. Enfin on fait le pansement. Une mèche axiale divise en deux faisceaux les pinces, lesquelles sont isolées par des mèches protectrices de la paroi vaginale. Une sonde à demeure en caoutchouc rouge est mise et doit rester en place 48 heures, au bout desquelles on retire aussi les pinces et on renouvelle les mèches protectrices, tandis que la mèche axiale reste en place 4 jours pour permettre aux adhérences de fermer le péritoine au-dessus d'elle.

Autres procédés. — Muller et Quénu ont recommandé l'hémisection totale de l'utérus qui descend en endoversion à mesure qu'il s'ouvre en deux valves latérales. Péan a proposé la résection primitive du col et l'hémostase préventive des utérines. Döderlin pratique la section primitive de la paroi cervicale postérieure jusqu'au cul-de-sac de Douglas. L'hémostase est obtenue en France par des pinces-clamps laissées en place quarante-huit heures, par la vasotripsie de Doyen, ou par l'angiostripsie de Tuffier. A l'étranger la ligature est préférée.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE PAR LA MÉTHODE DES LIGATURES (Procédé de Martin). — *Premier temps.* — Ouverture du cul-de-sac de Douglas et suture vagino-péritonéale. L'hé-

mostase des vaisseaux vaginaux est ainsi favorisée et on évite en même temps les décollements dus aux manœuvres ultérieures. La suture hémostatique du plancher pelvien constitue le deuxième temps. Le troisième comprend la circoncision complète du vagin et le décollement de la vessie en avant. Se méfier de l'uretère et pour cela raser le col tout en s'éloignant suffisamment des tissus malades. On renverse ensuite l'utérus en arrière, on lie les ligaments larges ; c'est le quatrième temps. Enfin drainage et pansement.

COLPO-HYSTÉRECTOMIE TOTALE AVEC ABLATION DU PARAMÈTRE (Schuchardt-Schauta). — Pour peu que la lésion ait débordé l'utérus, c'est à cette opération qu'il faut avoir recours, si l'on veut faire œuvre utile. Sa complexité tend à lui faire préférer notre procédé qui consiste, ainsi qu'on le verra plus loin, dans un premier temps (temps vaginal), à dégager le vagin, et dans un dernier temps (temps abdominal), à libérer par l'abdomen l'utérus et le paramètre. Le premier temps de l'opération de Schuchardt-Schauta consiste dans le décollement circulaire et la fermeture du vagin. Le deuxième dans l'incision paravaginale, gauche de préférence, qui se termine à la hauteur et en dehors de l'anus, et peut, dans les cas difficiles, être faite des deux côtés. Toutes les parties molles du périnée sont sectionnées, le rectum est isolé et récliné à droite. L'isolement de la vessie constitue le troisième temps. Pendant le quatrième on libère la face postérieure et les bords latéraux du vagin ; on dissèque la base du paramètre et on isole l'uretère. Le cinquième temps est constitué par l'ouverture du péritoine et l'ablation de l'utérus et du vagin ; le sixième par la fermeture du péritoine et la reconstitution de la vulve.

Les accidents opératoires de l'hystérectomie vaginale sont l'hémorragie immédiate, les hémorragies tardives, la blessure de l'uretère, de la vessie et du rectum. La mort survient par hémorragie, shock opératoire ou septicémie.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE. — L'ablation du cancer utérin par la voie abdominale (opération de Freund) fut d'abord simplement opposée à l'ablation par voie vaginale en tant que procédé plus rationnel, permettant d'opérer à ciel ouvert et plus sûrement. On reconnut bientôt que par là l'opération pouvait être plus complète.

L'opération doit être exécutée d'après un plan précis qui sera plus ou moins facilement suivi selon l'extension des lésions, mais dont il ne faut pas se départir. 1^{er} temps : Incision de la paroi toujours très grande ; 2^e temps : Exposition du champ opératoire et protection des parties voisines ; 3^e temps : Section des ligaments et des pédicules supérieurs. C'est à ce moment que la ligature des artères hypogastriques a été conseillée pour obtenir l'hémostase à la fois préventive et définitive. Je donnerai plus loin les conclusions formulées par le docteur Delagenière à ce sujet. La vessie est libérée ensuite au quatrième temps ; au cinquième, on recherche l'uretère pour le libérer de façon à permettre la résection du paramètre. La ligature de l'artère utérine constitue le sixième temps ; le septième comprend le décollement latéral de l'utérus et du vagin et l'ablation du paramètre ; le huitième, le pincement et la section des ligaments utéro-sacrés ; le neuvième, le pincement et la section du vagin ; le dixième, la recherche des ganglions ; le onzième, l'hémostase ; le douzième, le drainage par le vagin et la péritonisation, le ventre étant fermé sans drainage.

Au sujet de la ligature des artères hypogastriques pour obtenir l'hémostase à la fois préventive et définitive, le docteur Delagenière formule certaines conclusions dont l'intérêt pratique ne saurait être mis en doute.

1° Il lui a été possible, dans un cas de fibrome enclavé, dans trois cas de cancer généralisés, de pratiquer sans difficulté, des deux côtés, la ligature de l'iliaque interne, sans que ce temps de l'opération ait paru compliquer en quoi que ce soit sa technique opératoire.

2° Les effets de la ligature primitive des artères iliaques internes, combinés à celle de l'utéro-ovarienne, ne sont pas constants. Il est probable que l'inconstance des résultats obtenus tient aux anomalies très fréquentes des branches collatérales des deux artères iliaques.

3° Quoiqu'il en soit, dans le cas où elle a été efficace, la ligature a simplifié énormément l'opération qui peut se faire à blanc. Les tissus malades ischémiés sont alors facilement reconnaissables, et peuvent être délimités et enlevés ; enfin, point capital, dans ces cas de néoplasmes de l'utérus généralisés, le bas-fond de la vessie et les uretères peuvent être respectés et très facilement reconnus. L'extirpation radicale peut donc être réalisée le mieux possible.

4° Il résulte de ce qui précède, qu'étant donné la facilité avec laquelle se pratique la ligature préventive des artères iliaques internes, elle devra être pratiquée dans le cas de cancer de l'utérus en voie de généralisation, principalement dans le cancer du col qui menace le plus les uretères. En cas d'insuccès, rien ne sera compromis, on aura seulement pratiqué deux ligatures inutiles, comme cela arrive si souvent à tous les chirurgiens dans n'importe quelle opération.

HYSTÉRECTOMIE PAR LA VOIE SACRÉE, PARASACRÉE, PARARECTALE, PARAVAGINALE. — Dans le but d'éviter la voie abdominale dont la gravité était si grande jusqu'à ces dernières années et pour se créer un accès plus large que celui que permet le vagin, on a cherché à aborder l'utérus soit directement en arrière, après la résection du sacrum, soit en pénétrant sur les côtés du rectum ou du vagin. L'hystérectomie par la voie sacrée consiste à extirper non seulement le coccyx, mais encore la partie inférieure du sacrum, de façon à créer une très large brèche où l'on manœuvre à l'aise. Comme il est facile de s'en rendre compte, il s'agit d'une intervention extrêmement sérieuse, d'une exécution très difficile et qui a fourni des résultats éloignés déplorables. Je n'en ai parlé qu'à cause de son intérêt historique.

Bérard et Leriche, qui préconisent comme nous l'hystérectomie abdomino-vaginale, préfèrent commencer par les manœuvres abdominales poussées aussi loin que possible pour terminer par l'extirpation du vagin. La veille, désinfection, curettage et cautérisations des bourgeons cancéreux.

Voici leur technique: 1° Grande laparotomie médiane du pubis, à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, la malade étant en position de Trendlenburg; 2° Ligature des deux artères hypogastriques de façon à terminer d'un coup l'hémostase, qui devient toujours laborieuse au fond du petit bassin, lorsqu'on sectionne le vagin après la seule ligature des utérines; 3° Dissection des ligaments larges, des annexes et du paramètre et avec isolement de l'uretère jusqu'à la vessie, puis dissection du vagin qui est poussée aussi bas que possible; 4° Section de l'isthme utérin en tissu sain avec le thermo-cautère, de façon à

enlever d'abord les annexes et le corps de l'utérus, comme dans une castration subtotale ; 5° Après oblitération du moignon cervical par un surjet au catgut, ce moignon, ainsi que le dôme vaginal libéré, sont protégés par une compresse de gaze, et les manœuvres abdominales terminées par une péritonisation soigneuse du petit bassin. La paroi abdominale est suturée à trois plans ; 6° Enfin, extirpation du vagin, de bas en haut, à partir de la vulve. La moitié inférieure du conduit seule doit être alors décortiquée, la moitié supérieure ayant été libérée par l'abdomen. Pour ce dernier temps, la malade est replacée naturellement en position gynécologique.

M. le docteur Pauchet (d'Amiens) a eu l'extrême obligeance — et je l'en remercie tout particulièrement — de m'envoyer sa technique, suggérée par la méthode Imbert-Piéri. Je lui laisse la parole.

CANCER DU COL UTÉRIN

Colpo-hystérectomie totale par voie abdomino-périnéale

J'ai eu l'occasion de pratiquer 13 fois cette opération avec une mort, pour des cancers du col de l'utérus.

Voilà la technique que j'ai suivie. Je commence d'abord par préparer la malade pendant 8 jours. On lui fait, par le vagin, des injections d'eau oxygénée et quelquefois des attouchements au formol sur les bourgeons cancéreux du côté vaginal. On la met au régime exclusif des fruits et on lui fait un lavage d'intestin par jour, parfois on lui

donne un laxatif léger. L'opération est pratiquée de la façon suivante :

1° *Temps périnéal*. — Incision circulaire à la limite de la vulve et du vagin, puis séparation de la paroi vésicale comme dans une colpo-raphie antérieure ; ce décollement remonte à deux bons travers de doigt, puis décollement postérieur du côté du rectum de façon à voir le cul-de-sac péritonéal et les 2 muscles releveurs de l'anus, puis enfin décollement latéral et section des vaisseaux vaginaux qui donnent un peu de sang. Ce dernier décollement demande parfois une ou deux ligatures, mais, en général, je ne mets aucune pince pendant ce décollement vaginal. Je vais très vite et je ne décolle pas extrêmement haut, 2 ou 3 travers de doigt et c'est tout. Avant de faire ce décollement vaginal, j'ai omis de dire que j'étais toujours ganté, et que, dans les cas bourgeonnants, je curettais les tumeurs cancéreuses. Curetter ou pas curetter, l'ulcération cancéreuse, et badigeonner d'iode. Quand le décollement vaginal est terminé sur la hauteur de 2 ou 3 travers de doigt, je bourre le vagin avec une mèche de gaze et je le ferme en bourse. Pour faire l'hémostase je bourre également la cavité qui résulte de l'ablation du vagin.

2° *Temps abdominal*. — Ce temps est exécuté sans perte de temps, car le ventre est nettoyé avant l'opération. Je change simplement de gants et je prends une table d'instruments toute préparée ; par conséquent, le temps abdominal suit le temps périnéal d'une façon immédiate ; je tiens à cette rapidité car je ne pince pas les vaisseaux par le vagin et ceux-là saignent quelquefois beaucoup. Le temps vaginal dure rarement plus de 5 minutes.

Le temps abdominal comprend : a) l'incision de la paroi ; b) ligature de l'utéro-ovarienne et du ligament rond ;

c) incision du bord supérieur du ligament large en dedans des deux ligatures précédentes ; d) découverte et ligature systématiques de l'artère hypogastrique ; e) séparation à l'aide des ciseaux de l'utérus et du vagin d'avec le péri-toine et le plancher pelvien.

Je coupe tout ce qui tient au ras même du vagin sans rien pincer ; quelquefois je mets un fil sur la veine et sur l'artère utérines qui bavent légèrement. Le bloc utéro-vaginal enlevé par en haut, je cherche les ganglions à la sonde cannelée et à la pince anatomique ; je les énuclée un à un, souvent je n'en trouve pas.

Ce temps terminé, je procède au drainage que je fais avec un gros tube de caoutchouc entouré de gaze au peroxyde de zinc ; puis je fais le cloisonnement du bassin comme après toutes les hystérectomies totales, c'est-à-dire que je suture le côlon pelvien à la vessie par devant et aux parois latérales du bassin sur les côtés.

Mes premières opérations ont duré plus d'une heure ; la dernière que j'ai faite, samedi dernier 5 septembre, a duré, les deux temps compris, 40 minutes (1).

Les résultats sont très bons, la réparation est seulement un peu lente à se faire et demande de 4 à 6 semaines, quelquefois davantage.

La récurrence peut survenir dans le canal vaginal et la mort survient par anurie.

(1) Il y a dix jours, la malade va très bien.

IV

COLPO-HYSTÉRECTOMIE ABDOMINO-VAGINALE

En 1905, M. le professeur Léon Imbert, en collaboration avec son collègue et ami M. le docteur Piéri, communique à la Société de chirurgie de Paris la description d'un procédé opératoire dont le but était d'extirper en un seul bloc l'utérus et la totalité du vagin. Sa communication a paru dans le Bulletin de la Société en date du 15 novembre 1905 (p. 925). L'année suivante, séance du 31 janvier 1906, Duval lut à la même Société un travail sur l'extirpation abdomino-périnéale du vagin. Ce travail ne fut livré à la publicité que plusieurs mois après, séance du 13 juin 1906, sous la forme d'un rapport rédigé par S.-L. Faure. Dans la séance suivante, S.-L. Faure, à la demande de M. le professeur Léon Imbert reconnaît « la part importante » qui revient à M. Imbert dans l'étude de cette question. Depuis MM. Imbert et Piéri sont revenus à diverses reprises sur ce sujet : à la Société de chirurgie de Marseille (C. R. *in* Revue de chirurgie, 1906) au Con-

grès de gynécologie d'Alger en 1907. Enfin Quénu et Duval ont fait connaître les détails de leur technique dans un article de la Revue de chirurgie, 1908.

Nous nous trouvons aujourd'hui en possession d'un certain nombre d'observations qui, bien que pas encore très nombreuses, nous permettent cependant quelques conclusions. MM. Imbert et Piéri ont employé six fois leur procédé. C'est d'après ces opérations que je décrirai leur technique et que j'en poserai les indications.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — Le but que l'on se propose est d'extirper en un bloc, comme en vase clos, l'utérus et le vagin, et de séparer ainsi aussi complètement que possible la cavité abdominale strictement aseptique du champ opératoire pelvien. C'est la considération d'un cas dont l'observation porte le n° 1 qui suggéra cette idée. La malade présentait les lésions suivantes : elle était atteinte de cancer du col de l'utérus et secondairement le vagin avait été envahi par une greffe qui, au moment de l'examen, avait les dimensions d'une pièce de 5 francs ; elle atteignait presque la vulve. Une intervention beaucoup plus large que l'hystérectomie totale habituelle s'imposait. M. Imbert commença par la voie abdominale seule pour essayer de faire l'ablation complète de tous les tissus envahis. Mais il se trouva aux prises avec deux difficultés : en premier lieu il constata la difficulté sinon l'impossibilité d'atteindre ainsi pour l'extirper complètement le segment inférieur du vagin. En second lieu il eut à lutter péniblement contre l'hémorragie vraiment gênante quand on en arrive à opérer ainsi dans le fond du bassin. C'est pour éviter ces deux inconvénients graves qu'il eut l'idée de faire précéder le temps abdominal d'un temps vaginal, pendant lequel on libérerait complètement le vagin. De

plus, il songea à procéder à la ligature préventive des deux hypogastriques dès l'ouverture de l'abdomen.

Je rappelle, avant tout autre indication, que les moyens fixateurs de l'utérus et du vagin sont surtout leurs vaisseaux. On sait qu'ils arrivent dans ces organes sur leurs parties latérales. Sauf en ces points la libération du vagin est facile. On le décolle sans peine de la vessie en avant, du rectum en arrière.

Cette manœuvre est aussi aisée par la voie abdominale que par la voie périnéale. Mais où apparaît la difficulté c'est lorsqu'il s'agit de libérer le vagin des vaisseaux qui le nourrissent, ceux-ci ne peuvent se décoller. Ils ont l'aspect d'un éventail dont le manche est représenté de chaque côté par deux troncs, l'artère utérine et l'artère vaginale. L'épanouissement de l'éventail se résout en branches secondaires qui s'étagent de haut en bas, sur toute la longueur de l'utérus et surtout du vagin. La gaine hypogastrique, pour renfoncer leur résistance, envoie à chacune de ses branches un prolongement. L'ascension du vagin et de l'utérus, autrement dit leur extirpation par l'abdomen, est singulièrement gênée par ces liens qui les maintiennent ainsi solidement. Il est donc rationnel que le temps essentiel de l'opération soit précisément la section de ces attaches vasculaires latérales. Il ne saurait s'agir ici de décollement, mais d'une véritable section avec hémostase.

Donc je puis résumer ainsi l'intervention :

1^o Décollement de leurs connexions des faces antérieures et postérieures du vagin ;

2^o Section des attaches latérales.

Après avoir terminé ces manœuvres on complète aisément l'ablation. La nécessité ou tout au moins la grande utilité du temps vaginal s'impose ; aussi doit-on le consacrer

crer à pousser le plus loin possible ce décollement antéro-postérieur et cette section latérale.

Premier temps vaginal. — L'emploi des gants trouve ici une indication très précise. L'opérateur et son aide doivent en employer une paire pour le temps vaginal et une autre pour le temps abdominal.

On fait une incision circulaire de la vulve qui passe en pleine fourchette, détache la muqueuse vaginale à la face interne des petites levées et en avant passe sous l'urètre à quelques millimètres au-dessous du méat. Cette étendue de muqueuse laissée au-dessous du méat permet un meilleur isolement de l'orifice urétral qui, sans cette précaution, risque de se trouver quelque peu noyé dans les sutures vaginales. Le cathéterisme en devient un peu difficile et, par suite, la plaie risque davantage la contamination par l'urine. L'incision sus-indiquée se fait en deux temps : on commence par circonscrire la demi-circonférence inférieure pour procéder au décollement vagino-rectal. On procède à ce décollement suivant la technique ordinaire. Olshausen avait proposé l'introduction d'un doigt dans le rectum ; il faut rejeter formellement ce procédé qui donne un contrôle absolument inutile et provoque l'infection du gant. L'introduction d'un doigt dans le vagin n'est pas davantage à conseiller. On tend ensuite la lèvre vulvaire à l'aide de trois pinces de • Kocher. La lèvre rectale est saisie juste en son milieu et abaissée fortement. La plaie est triangulaire. C'est exactement sur la ligne médiane que l'on sectionne les fibres d'union du sphincter externe et du constricteur de la vulve. Le muscle recto-vaginal apparaît entre les bords des releveurs vus nettement après la tension de la lèvre cutanée postérieure. On saisit le muscle recto-vaginal que l'on sectionne au ras de la paroi vaginale. On a alors

ouvert l'espace décollable intervagino-rectal. Si l'on est dans le plan de clivage le décollement est particulièrement aisé jusqu'au Douglas. On voit les deux feuillets recouverts d'un feuillet lisse et blanchâtre. Mais si la paroi vaginale montre des fibres musculaires verticales, c'est que l'on est passé en pleine paroi rectale. Il suffit de revenir de 1 ou 2 millimètres en avant et la manœuvre devient remarquablement facile. On emploie les doigts ou mieux la pointe de ciseaux courbes fermés engagés au contact de la paroi vaginale.

On procède ensuite à la libération antérieure. La manœuvre est aussi facile que précédemment. La présence d'une sonde dans l'urètre n'est pas indispensable, elle est toutefois utile. On pousse le décollement jusqu'au cul-de-sac péritonéal.

Sur les côtés la manœuvre n'est pas aussi aisée. On se trouve en présence des rameaux vasculaires, dont j'ai parlé plus haut, et des aponévroses périnéales et pélviques. Il est absolument indispensable de sectionner les vaisseaux après les avoir pincés et liés. Pour libérer latéralement le vagin on procède en deux temps, jusqu'au plancher périnéal et ensuite jusqu'au dôme vaginal. On sectionne les tissus parallèlement à la paroi vulvo-vaginale, en dedans du bulbe de la vulve que l'on récline par un écarteur pour fendre franchement le plancher urogénital contre la paroi vaginale ; la branche artérielle vulvaire est pincée et liée, ainsi que les veinules tributaires. La même manœuvre faite du côté opposé libère toute la vulve et le segment inférieur du vagin. Si l'on a quelque difficulté pour l'hémostase, il faut se souvenir que les hypogastriques seront liées dès le début du temps abdominal, ce qui arrêtera le suintement sanguin s'il avait quelques tendances à persister. Il faut bien remarquer

que la mobilisation du vagin doit être poussée aussi loin que possible, ce qu'on fera dans le premier temps sera compté comme difficulté en moins dans le second. On sectionne l'expansion que l'aponévrose du releveur envoie au vagin, on pénètre dans la base du ligament large. Le bord inférieur du releveur sur toute la longueur, puis sa face interne sont dégagés ; une large valve récline le muscle en dehors. La valve sous-vésicale relève et protège les uretères, la valve postérieure repousse le rectum. On sectionne à ce moment les artères vaginales pincées et liées, que l'on aperçoit nettement, le champ opératoire étant énorme et les manœuvres point aveugles. Si l'utérus est assez mobile, on peut considérer que le dégagement par la voie basse est poussé suffisamment loin, lorsque le col est amené pour ainsi dire à la vulve. La palpation à travers le vagin renseigne parfaitement à cet égard.

Le vagin, une fois bien détaché de ses connexions, est fermé par un double plan de sutures : l'un ferme la cavité pour supprimer toute communication de la tumeur avec l'extérieur, l'autre clos la vulve avec ou sans drainage pour fermer la plaie. Il faut que la ligature vaginale soit serrée et hermétique. A ce moment je conseille une petite manœuvre qui peut rendre quelques services. Dans le temps abdominal la partie délicate de l'intervention est la recherche du plan de clivage créé par le temps vaginal. Une gaze stérile est mise dans le vagin dans le but de repousser le moignon devenu ainsi plus accessible. Cette gaze, bien que n'étant pas en contact avec les parties cruentées, doit être retirée soigneusement en ayant soin de bien protéger le champ abdominal.

Il est plus prudent de drainer, aussi ne ferme-t-on à

cet effet que la partie antérieure de la vulve pour laisser un orifice postérieur nécessaire au passage du drain.

Deuxième temps abdominal. — Le premier temps de l'opération est effectué. La laparotomie nécessite un changement de position de la table d'opération que l'on fait tourner de 180° pour l'éclairage de la cavité pelvienne, sacrifié pendant le temps vaginal à celui du périnée. Il est absolument indispensable que l'opérateur et son aide changent de gants pour l'hystérectomie abdominale.

Une large incision est faite, l'écarteur de Doyen mis en place, les anses intestinales protégées par des compresses. L'opérateur examine alors la région; se rend compte des adhérences de la tumeur et surtout de ses prolongements vers la base des ligaments larges et des rapports de l'uretère. Ce sont ces deniers qui, en général, dominent la conduite à tenir. Ils peuvent être trop largement englobés par la tumeur; des noyaux secondaires trop étendus et trop disséminés peuvent être constatés; enfin l'extension du néoplasme peut être trop grande. A la rigueur on peut à ce moment s'arrêter. Ces fausses manœuvres doivent être évitées par l'examen clinique préopératoire.

L'ablation de l'organe étant possible, on commence par lier les hypogastriques, manœuvre ordinairement très facile. Seules peuvent la compliquer les adhérences annexielles, l'insuffisance de l'anesthésie qui permet à la malade des efforts et enfin l'obésité de l'opérée qui présente parfois des parois d'une extrême épaisseur. Ces obstacles se surmontent aisément.

Le feuillet péritonéal qui tapisse l'hypogastrique est ouvert par une courte incision sur le trajet ou à côté du vaisseau. Après avoir rapidement dénudé l'artère, on passe une aiguille de Deschamps armée d'un fil et on lie

habituellement à la partie la plus élevée de l'hypogastre, près de la bifurcation de l'iliaque primitive, pour rendre l'hémostase aussi complète que possible et pour faciliter la manœuvre. Pour éviter de confondre l'iliaque externe et l'interne, il suffit de rechercher les deux artères à leur bifurcation et de lier la plus profonde.

A ce moment on saisit l'utérus avec une pince et on l'élève fortement. Si le vagin a été largement libéré, l'ensemble de l'appareil génital s'élève et les manœuvres subséquentes, la libération de l'uretère en particulier, en sont largement facilitées. On fait maintenant une hystérectomie ordinaire : les deux ligaments larges et les ligaments ronds sont sectionnés, on taille un lambeau péritonéal antérieur et postérieur, et on cherche les uretères de chaque côté. S'ils sont englobés dans la tumeur, on essaie de les disséquer si la chose est possible ; en cas contraire, ils sont sectionnés et abouchés dans la vessie par une utéro-cystostomie. Il faut maintenant rechercher le plan de clivage. Cette manœuvre est facilitée par la présence de la compresse sous-vaginale dont j'ai parlé plus haut. Je répète que cette gaze peut être souillée et qu'il est préférable de la retirer après avoir soigneusement protégé le champ opératoire.

Au sujet du décollement je ferai les mêmes remarques que pour le temps vaginal. Les décollements antérieurs et postérieurs sont faciles, il n'en est pas de même des sections latérales qu'intéressent les branches de l'utérine dont les unes se rendent à l'utérus et les autres au vagin. Ainsi le véritable moyen de fixité de l'utérus et du vagin sont leurs attaches vasculaires. On sectionne en ne liant que les troncs principaux et particulièrement l'utérine ; l'hémostase étant assurée par la ligature des hypogastriques.

Après l'ablation, il faut recouvrir la large surface cruentée du bassin. C'est facile grâce aux lambeaux péritonéaux que l'on s'est ménagés. Quénu et Duval conseillent de doubler cette couverture ou de la suppléer lorsqu'elle est impossible par la suture du côlon iliaque. Ce complément opératoire ne peut être qu'approuvé. Avant la fermeture de la paroi, il est prudent d'établir un drainage abdominal. Il y a donc deux drains, l'un évacue par l'abdomen les sécrétions de la cavité péritonéale, l'autre évacue par le vagin celles de l'espace sous-péritonéal. Une sonde de Pezzer supprime toute manœuvre de sondage après l'opération. Un pansement unique peut couvrir alors l'abdomen et prendre tout le périnée.

RÉSULTATS. — Les résultats de ce procédé sont appréciés très favorablement dans le rapport de Faure. Il me paraît en effet qu'il peut s'appliquer avantageusement à un certain nombre de cas.

Le premier avantage sur lequel Faure a plusieurs fois insisté est la facilité plus grande de l'opération. Le temps vaginal supprime les principales attaches de l'appareil génital et en simplifie l'extirpation par laparotomie.

Il est un second avantage que M. le professeur Imbert a signalé dès sa première communication à la Société de chirurgie : on sait que les chirurgiens se préoccupent de plus en plus d'éviter les infections par les sécrétions néoplasiques. C'est ainsi qu'on applique des pinces en L au-dessous de l'utérus de façon à éviter autant que possible tout suintement. Malgré tout il y a toujours un lambeau vaginal qui entre en contact avec la plaie et qui a été largement souillé par le néoplasme. Le procédé que je viens d'exposer supprime ce danger et permet d'extirper le tout en vase clos.

Enfin il est des cas où la tumeur, sans avoir infiltré bien profondément les ligaments larges, s'est étendue en surface vers la paroi vaginale. Il y a ici nécessité d'extirper très largement cette dernière ; on ne pourra mieux le faire que par le procédé abdomino-vaginal. Il en est de même lorsque, comme dans ma première observation, un cancer du col s'est greffé sur le vagin.

Voici maintenant mes observations.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le professeur L. Imbert)

Mme P., 38 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 25 octobre 1905. Cette malade souffre depuis plusieurs mois de pertes rouges à odeur fétide. A l'examen on constate une plaque ulcérée et indurée de la grandeur d'une pièce de 5 francs, occupant la partie droite du vagin, également isolée de la vulve et du col de l'utérus par un espace de 1 cent. environ ; cette plaque est encore mobile. En outre, le col de l'utérus est gros, bourgeonnant, ulcéré. Il s'agit évidemment d'un cancer du col avec greffe secondaire sur la partie droite du vagin. L'état général est très satisfaisant.

La malade est opérée par la voie abdominale. Après section des ligaments larges, l'utérine est liée de chaque côté et le vagin collé sur une étendue aussi grande que possible, afin de dépasser les limites de l'ulcération vagi-

nale; le vagin est alors sectionné. Le plancher pelvien est reconstitué et la paroi fermée en 3 plans. Evolution normale, sauf une infection légère de la ligne de suture. La malade sort complètement guérie 5 semaines après l'opération. Cette malade est rentrée à l'Hôtel-Dieu le 14 octobre 1906, c'est-à-dire un an environ après son opération. Elle était alors en récédive et la cicatrice vaginale présentait un noyau ulcéré et bourgeonnant qui fut extirpé par la voie vaginale. Au cours de cette seconde intervention, la vessie déchirée fut suturée par deux plans au catgut; il ne se produisit pas de fistule urinaire. La malade sortit le 4 novembre guérie. Nous l'avons revue en nouvelle récédive.

Cette observation n'est point un cas d'intervention abdomino-périnéale. Nous avons cru devoir la joindre à notre dossier pour les raisons suivantes :

Tout d'abord c'est elle qui nous a donné l'idée d'extirper en un temps utérus et vagin en bloc; nous avons cru pouvoir le faire par la voie abdominale, mais nous avons dû reconnaître que l'opération ainsi pratiquée, bien que complète quant au but poursuivi, était cependant pénible dans ses derniers temps: il faut en effet travailler au fond de l'excavation pelvienne, et l'on est grandement gêné par l'hémorragie. C'est précisément dans le but d'obvier à ce dernier inconvénient que nous avons recommandé, dès notre première communication, la ligature préalable des hypogastriques; cette manœuvre initiale a été approuvée par Pauchet et par Faure; nous reconnaissons volontiers du reste qu'elle avait été utilisée avant nous.

Ce qui nous a engagé, dans ce cas, à faire l'extirpation totale de l'utérus et du vagin, c'est précisément la nécessité dans laquelle nous nous trouvions d'enlever une tumeur vaginale relativement très étendue. Les cas de ce

genre sont relativement exceptionnels ; mais ils peuvent se présenter, notre observation en est la preuve. Or on ne pourra obtenir un bon résultat que par notre procédé : enlever en deux temps le néoplasme utérin et le néoplasme vaginal exposerait en effet à des inoculations septiques et aussi à des greffes cancéreuses.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le professeur L. Imbert)

Mme G..., 40 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Cazaulx, le 29 décembre 1906. Elle a eu 5 enfants, dont le dernier a neuf ans ; les règles ont été régulières jusqu'à ces derniers temps. La maladie actuelle a débuté il y a quatre ans environ, par des pertes blanches et rouges très fétides ; en septembre s'est produit une hémorragie abondante.

Par le toucher vaginal, on perçoit un champignon volumineux occupant tout le fond du vagin ayant envahi les culs-de-sac latéral droit et postérieur, la tumeur est assez mobile mais envoie un prolongement dans la base du ligament large droit. L'extirpation de l'utérus et du vagin est pratiquée en deux temps, vaginal et abdominal. Au début de ce dernier temps, on pratique la double ligature des hypogastriques, drainage abdominal et vaginal, guérison sans accidents. La malade sort complètement rétablie le 15 janvier 1906.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le professeur L. Imbert)

Mme M..., 46 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Cazaux, le 7 janvier 1906. Elle se plaint d'avoir depuis plusieurs mois des pertes blanches et rouges fétides. Le fond du vagin est occupé par une masse bourgeonnante, ayant envahi en partie le cul-de-sac postérieur.

Opération le 12 janvier. Premier temps : dissection d'une collerette vaginale qui est suturée après tamponnement de la cavité vaginale par une gaze. La vulve est suturée à son tour.

Deuxième temps abdominal : ligature des deux hypogastriques. Suture des ligaments larges. Dissection des urètres et suture des pédicules latéraux du vagin ; le décollement est poussé jusqu'à rejoindre la section vaginale. Reconstitution du péritoine pelvien et drainage. La malade succombe le troisième jour de péritonite.

Il y a lieu de remarquer que, chez cette malade, nous avons commis la faute d'assurer seulement le décollement vaginal, de sorte que nous avons eu d'assez grosses difficultés pour retrouver notre plan de clivage vaginal à la fin du temps abdominal ; pendant ces dernières manœuvres, le vagin s'est déchiré, et c'est assurément à cet accident qu'il faut rattacher la péritonite.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le professeur L. Imbert)

Mme M..., 40 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Cazaulx, le 6 novembre 1906. Trois enfants et trois fausses couches. La dernière grossesse date de 14 ans. La maladie actuelle a débuté, il y a un an environ, par des douleurs lombaires et des pertes blanches, bientôt suivies de pertes rouges. Les douleurs ont disparu, mais les pertes sont devenues de plus en plus abondantes. Une hémorragie plus abondante l'a décidée à entrer à l'Hôtel-Dieu. Il existe des végétations occupant tout le col utérin ainsi que le fond du vagin. Le cul-de-sac latéral gauche est infiltré.

L'hystérectomie vagino-abdominale est pratiquée le 20 novembre. Les adhérences de la tumeur sont très étendues, et, à la fin du temps abdominal, en décollant la paroi postérieure du vagin infiltrée par le néoplasme, le rectum est déchiré. Il est immédiatement suturé. Le plancher pelvien est reconstitué et la paroi fermée avec drainage suivant le procédé ordinaire. La malade succomba six jours après l'opération. Cette malade a succombé à un accident opératoire, la rupture du rectum. Celle-ci a été le résultat de l'infiltration de la paroi recto-vaginale. Le cas était très avancé et nous avons eu tort de l'opérer, après avoir longtemps hésité du reste.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. le professeur L. Imbert)

Mme V..., 32 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 28 décembre 1906.

Cinq enfants, un avortement. La dernière grossesse date de 43 ans. Depuis le mois d'octobre 1906, la malade est sujette à de fortes métrorragies, qui durent quatre à cinq jours et surviennent tous les quinze jours environ ; dans l'intervalle, elle a des pertes blanches abondantes. Depuis le mois de septembre, il lui paraît qu'elle n'a plus ses époques, mais les hémorragies fréquentes auxquelles elle est soumise ne lui permettent pas d'être très affirmative sur ce point. Au toucher vaginal, on perçoit une ulcération du col, se propageant dans les deux culs-de-sac, surtout vers le gauche. L'écoulement, sanguinolent, est fétide. Le corps de l'utérus est très augmenté de volume. La malade demande instamment à être opérée.

L'opération est pratiquée le 10 janvier. Incision circulaire du vagin qui est suturé et drainé. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve un utérus gravide. La paroi est épaisse. L'hystérectomie est pratiquée ; la malade guérit pour récidiver deux ans après.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le docteur Piéri)

Mme X..., 55 ans, poissonnière, opérée fin septembre 1907. On se trouve en présence d'un cancer très étendu. L'uretère gauche est pris dans la tumeur. Après avoir essayé de le disséquer, M. le docteur Piéri le sectionne délibérément et l'abouche dans la vessie. Un mois après — car la plaie abdominale avait suppuré — la malade quitte l'hôpital en ne donnant pas l'impression d'avoir été opérée d'un cancer. Elle n'a plus donné de ses nouvelles.

Observations dues à l'obligeance de M. le docteur Pauchet

OBSERVATION I. — 45 ans. Opération décembre 1905. Cancer très végétant. Cul-de-sac antérieur pris : endoscopie. Tache rouge, vascularisée, sur paroi vésicale postérieure. Deux uretères normaux. Ejaculation régulière. Durée de l'opération : 1 h. 1/2. Malade très anémiée ; sort de l'hôpital au bout de 25 jours. Récidive au bout de 10 mois.

OBS. II. — 50 ans. Opération février 1906. Neuf mois de date. Très limitée. Ulcération dure. Endoscopie normale. Durée de l'opération : une heure. Très bien supportée. Suintement vaginal sanguin abondant. Guérison 25 jours. Pas de récurrence.

OBS. III. — 48 ans. Opération juillet 1906. Sept mois de date. Masse végétante. Vagin souple, même les culs-de-sac. Endoscopie normale. Durée de l'opération : une heure. Bien supportée. Guérison en trois semaines. Pas de récurrence.

OBS. IV. — 62 ans. Opération mai 1907. Dix-huit mois de date. Tumeur dure, ulcérée. Vagin souple, endoscopie. Fond vésical vascularisé. Ureter gauche invisible. Séparation donne à gauche un quart du rein droit. Durée de l'opération : une heure. Ureter droit normal. Ureter gauche distendu, bosselé, gros comme un macaroni. Pas sectionné. Suite : anurie complète. Cathétérisme de l'ureter droit, passe facilement dans le bassin, donne de l'urine (100 grammes) pendant deux heures, puis anurie recommence. Mort quatrième jour par urémie. Nécropsie : néphrite interstitielle des deux côtés, surtout à gauche.

OBS. V. — 60 ans. Opération juillet 1907. Treize mois de date. Tumeur dure, ulcérée. Vagin un peu induré en avant. Ureter gauche invisible. Séparation des urines ; donne à gauche rien. Durée de l'opération : une heure dix. Section de l'ureter. Implantation dans la vessie. Guérison en six semaines. Fistule urinaire pendant deux mois. Récurrence au bout de quatorze mois. Urémie.

OBS. VI. — 68 ans. Opération septembre 1907. Six mois de date. Vagin souple; noyau dur, peu ulcéré. Endoscopie normale. Durée de l'opération: 45 minutes. Guérison 25 jours. Pas de récurrence.

OBS. VII. — 63 ans. 10 mois de date. Grosse masse végétante. Vagin induré en arrière. Endoscopie normale. Durée de l'opération: 55 minutes. Guérison en quatre semaines. Pas de récurrence.

OBS. VIII. — 52 ans. Opération il y a 16 mois. Durée de la maladie neuf mois. Cancer endo-cervical. Endoscopie normale. Durée de l'opération: 55 minutes. Suite normale. Pas de récurrence.

OBS. IX. — 49 ans. Il y a six mois, malaises généraux. Est restée trois mois sans règles. Les injections donnent du sang. Gênée pour uriner. Sort des caillots avec les injections. Pas d'odeur. Depuis six jours seulement pert des eaux roussâtres. Toucher: Utérus mobile. Culs-de-sac libres. Col très végétant. Bourgeons arrivent à la limite du Douglas. Endoscopie vésicale. Bas-fond congestionné. Opération classique, durée une heure. Bonne suite. Intervention depuis douze mois. Pas de récurrence.

OBS. X. — 47 ans. Durée de la maladie dix mois. Intervention il y a 9 mois. Col végétant arrivant au ras du cul-de-sac. Opération très large. Curage ganglionnaire complet. Convalescence cinq semaines. Pas encore de récurrence.

OBS. XI. — 57 ans. Durée de la maladie 3 mois. Forme ulcérée dure. Cul-de-sac libre. Durée de l'opération trois quart d'heure. Suite normale. Pas de récurrence. Opération il y a dix mois.

OBSERVATION XII

(Docteur Pauchet)

Mme J., 60 ans, a cessé d'être réglée depuis 10 ans. Il y a 6 mois, métrorragies spontanées. Depuis deux mois écoulement roussâtre et fétide. Le Dr Pruvost examine la malade et constate un épithélioma végétant du col avec infiltration du cul-de-sac vaginal droit et surtout du cul-de-sac antérieur. Pas de troubles urinaires.

Opération. — 1^{er} temps : Colpo-hystérectomie abdomino-vaginale. La malade a la position gynécologique : curettage des fongosités du col, jusqu'au tissu sain. Désinsertion du vagin à 1 cm. de la vulve, dissection du vagin. Cette dissection est facile en arrière ; mais en avant, elle nécessite l'incision d'une partie de la vessie, sur l'étendue d'une pièce de deux francs ; suture en deux plans, le vagin est noué en bourse.

2^e temps : Laparotomie. Position de Trendelenburg. J'utilise le procédé habituel : section des ligaments larges, ligature des deux hypogastriques, section des utérines et de tout le tissu fibro-vasculo-musculaire qui entoure le vagin et le col. L'uretère droit dilaté traverse la masse

cancéreuse ; je le coupe ; j'enlève ensuite d'un bloc l'utérus et le vagin pour replanter l'uretère d'une façon rapide (malade grasse supportant mal le plan incliné). Pour implanter ce canal, je procède de la façon suivante : un catgut monté sur une aiguille de couturière traverse le bord libre de l'uretère. La vessie est percée d'un coup de bistouri au niveau du sommet. L'aiguille, tenue par une pince hémostatique, est poussée dans la perforation vésicale, pénètre dans la cavité vésicale, et perce la paroi de cette dernière à deux centimètres plus loin ; à la suite de l'aiguille, le fil est attiré et fixé extérieurement dans la paroi. La tunique externe de l'uretère, au point où ce canal traverse la vessie, est fixée à la perforation vésicale par un point au fil de lin ; ce dernier rétrécit en même temps l'orifice. Cette implantation uretéro-vésicale a duré 3 minutes et a exigé deux points de sutures. Sonde à demeure pendant 15 jours. Bourrage de la plaie vaginale au peroxyde de zinc.

Suites. — La malade perd environ 100 à 150 grammes d'urine par le vagin, provenant de la plaie vésicale. Celle-ci s'est complètement cicatrisée trois semaines après l'opération.

Examen cystoscopique post-opératoire. — Trois mois après l'opération, je revois la malade dans l'état suivant : Santé générale très bonne, appétit bon, forces normales, miction régulière. Le vagin est réduit à une fossette de deux ou trois centimètres de profondeur. Pas d'écoulements d'urines de ce côté depuis 7 semaines. Je pratique le palper du rein dont l'uretère a été coupé ; il ne révèle rien d'anormal.

Examen cystoscopique. Au niveau du trigone : cicatrice étoilée correspondant à l'excision opératoire. L'uretère gauche écoule normalement. L'ancien orifice de l'uretère

droit n'est pas visible. Le docteur Tillet (de Rouen), qui se trouvait à Amiens, recherche avec patience le néo-orifice urétéral. Un peu à droite du sommet de la vessie, on voit une saillie en forme de clitoris, percée au sommet. C'est l'extrémité rétractée de l'uretère implantée. Tandis que j'examine moi-même la cavité vésicale, le docteur Tillet presse le rein droit et nettement je constate l'écoulement de l'urine.

M. le docteur Vanvertz (de Lille), que je remercie tout spécialement de son amabilité, a bien voulu m'envoyer son impression sur la colpô-hystérectomie abdomino-vaginale. Je lui cède la parole : « Je n'ai pas eu l'occasion de pratiquer l'opération d'Imbert, parce que je n'ai pas opéré de cancer utérin dans ces derniers temps. Je compte l'essayer dès que j'aurai un cancer de l'utérus opérable. Je lui trouve en effet quelques avantages qui me frappent d'autant qu'ils parent à deux difficultés et dangers de l'opération par voie abdominale pure : 1° La dissection du vagin de haut en bas par voie abdominale, qui est loin d'être aisée ; 2° Le mode de section et de fermeture du vagin, temps qui est délicat à exécuter par le ventre si l'on veut faire la section basse et qui expose à la contamination vaginale, malgré toutes les précautions. La fermeture du vagin par en bas dans le procédé d'Imbert est à ce point de vue un grand progrès. »

V

LES RÉSULTATS EN GÉNÉRAL

Accueillie d'abord avec enthousiasme, l'hystérectomie pour cancer n'a pas tenu ce qu'elle promettait. Pratiquée par la voie vaginale pure ou par la voie abdominale pure, l'ablation totale de l'utérus pour cancer ne constitue pas la cure radicale qu'on avait espérée, elle ne donne qu'une guérison temporaire. Les observations qui relatent des cures définitives ou dépassant un très grand nombre d'années sont très sujettes à caution au point de vue du diagnostic initial. La règle est que la récurrence a lieu au bout de deux ans en moyenne. Mais quelque temporaire qu'elle soit la survie n'en est pas moins un grand bienfait pour la malade et pour son entourage ; elle légitime une intervention, même grave, pouvant donner au moins l'illusion de la guérison. C'est en cela surtout que l'hystérectomie est supérieure au traitement palliatif par le curage suivi de cautérisation. Est-on en droit d'attendre de meilleurs résultats de la colpo-hystérectomie abdo-

mino-vaginale ? Elle est pratiquée depuis trop peu de temps pour que l'on puisse répondre par une affirmation catégorique. Néanmoins tout le laisse espérer.

Au point de vue du choix de la méthode je crois pouvoir dire que la colpo-hystérectomie abdomino-vaginale trouve son application dans presque tous les cas. Quoique le ventre soit ce que les femmes aient de plus joli dans la figure, on ne peut, uniquement dans le but de leur éviter une cicatrice, s'adresser à la voie vaginale, seulement indiquée lorsque le cancer peut être observé tout à fait à son début et qu'il est limité très exactement à une partie du museau de tanche. L'expérience montre que la rareté de ces cas est extrême.

L'extirpation des ganglions est pratiquée par certains opérateurs, négligée par beaucoup d'autres.

Au point de vue général la statistique des cancers utérins traités dans ces dernières années par l'hystérectomie abdominale donne des résultats meilleurs, ainsi que le montre J.-L. Faure.

Ecartons de la discussion les cancers du corps de l'utérus. Ils ont une évolution trop différente du cancer du col, pour qu'il soit permis de les étudier en même temps. Ils restent localisés et, dans ce cas, l'hystérectomie donne des résultats excellents et des guérisons durables.

Toutefois il est toujours utile de publier des résultats, ne fût-ce que pour convaincre les incrédules. Ceux du docteur Jayle sont des plus beaux.

Sur cinq cancers du corps de l'utérus opérés depuis 1900, un est mort au bout de six ans de cause inconnue. Les quatre autres sont en bonne santé et sans trace de récidive :

Une après 5 ans et 3 mois. Une après 4 ans. Une après 3 ans 1/2. Une après 1 an. Voilà une statistique qui

constitue un exemple admirable de ce que peut donner, dans le cancer du corps utérin une thérapeutique bien comprise.

Mais les résultats les plus intéressants sont ceux qui ont été obtenus dans le cancer du corps utérin, parce que c'est à propos de celui-ci que la discussion se prolonge et que les sceptiques demeurent nombreux.

Sur vingt-quatre cas, on constate des résultats qui, il y a quelques années à peine, eussent passé pour incroyables et que nous commençons maintenant à nous habituer à entendre. Dix-huit cancers propagés ont fourni cinq morts opératoires et n'ont donné aucune guérison définitive. Six cas de cancers localisés ont fourni six cas de guérison et voilà qui est vraiment impressionnant.

On sait que les cancers déjà difflus sont détestables et que les entreprises opératoires que l'on est par la force des choses entraîné à faire sur eux donnent lieu à plus de déboires que de satisfactions. Mais il est merveilleux de voir que, sur six cancers opérés dans des conditions favorables, six se retrouvent guéris dont cinq après un laps de temps dépassant trois ans et demi. Ce sont des résultats qui ne surprendront bientôt plus et ils confirmeront dans cette impression que le cancer de l'utérus est, après le cancer du sein, le plus curable de tous, à condition bien entendu qu'il soit opéré avant qu'il ait dépassé les limites de l'utérus d'une façon irrémédiable.

J.-L. Faure a obtenu des résultats encore supérieurs. Plusieurs de ses opérées, restées guéries, se présentaient dans des conditions très mauvaises, avec envahissement du vagin et infiltration de la base du ligament large; mais dans ces cas les récidives et les catastrophes trop fréquentes ne doivent pas faire espérer ces succès qui suffisent néanmoins à décider l'intervention quand on hésite

à opérer les cas avancés. Il faut donc être convaincu de plus en plus que le salut est moins dans les opérations étendues que dans les opérations précoces.

J.-L. Faure a, en outre, opéré sept malades. Parmi elles deux présentaient des lésions moyennes, c'était des cas relativement favorables. Toutes les autres avaient des lésions avancées, avec culs-de-sac envahis, infiltration plus ou moins étendue des ligaments larges, mobilité utérine laissant à désirer. C'est dans cet état que se présentent habituellement ces malades, de longs mois après le début de leur mal, au moment où leur santé générale commence à s'altérer sérieusement. Trois malades ont récidivé rapidement, les autres sont en parfait état de santé. Faure a employé la méthode vagino-abdominale et a pu se faire une opinion assez ferme. Il pense que l'hystérectomie abdomino-vaginale présente un avantage très sérieux ; c'est celui de permettre, à la suite de la désinsertion du vagin, l'ascension de l'utérus pendant le temps abdominal, et, par conséquent, de faciliter dans une assez large mesure la dissection des uretères et de la région péri-cervicale, ce qui constitue le point capital de l'opération. Il croit, toutes réflexions faites, et après l'expérience d'une trentaine de cas, que l'hystérectomie abdomino-vaginale présente des avantages très grands et doit être faite de préférence à l'abdominale pure dans les cas difficiles, dans tous ceux qui ne présentent pas une mobilité utérine parfaite et que l'on croit cependant devoir opérer. Dans ces conditions, en effet, la dissection des uretères et du bloc néoplasique est plus commode, et l'amorcé de l'opération par la partie inférieure du bloc facilite simplement la fin de l'opération en indiquant au chirurgien la limite inférieure des parties qu'il doit enlever. Naturellement dans un cas de cancer au début, quand

l'utérus est parfaitement mobile, l'hystérectomie abdominale pure peut suffire. Je suis donc en droit de conclure que la guérison durable est chose commune après l'hystérectomie abdomino-vaginale. La statistique de Faure me confirme dans cette idée, ce qui est un point d'une importance capitale, que lorsqu'une malade est restée deux ou trois ans sans récurrence elle a de très fortes chances de demeurer guérie d'une façon définitive.

Les résultats de Jayle et de Faure viennent en outre démontrer d'une façon presque mathématique, en même temps que l'efficacité de l'opération, l'importance qu'il y a à opérer les malades de très bonne heure, puisque, dans tous les cas où l'intervention a été précoce, la guérison a été définitive.

C'est une vérité qui est devenue banale, et je m'en voudrais d'insister sur elle si l'expérience de tous les jours ne démontrait pas d'une façon trop certaine qu'elle est encore trop peu répandue puisque les malades amenées au chirurgien pour être opérées dans de bonnes conditions sont encore relativement rares. On voit encore des faits comme celui-ci : une malade de trente-deux ans a été conduite au chirurgien pour un épithélioma très avancé et ayant atteint les culs-de-sac vaginaux et qui était restée perdant du sang pendant dix-huit mois, sans que son médecin, qui n'a pourtant pas l'excuse de la vieillesse, prit la peine de la toucher.

Il dépend des chirurgiens, de leur action, de leur propagande, et jusqu'à un certain point de leur conviction personnelle, que ces faits se fassent de plus en plus rares, et que les cancers de l'utérus soient à l'avenir opérés d'une façon de plus en plus hâtive.

VI

LES RÉSULTATS EN PARTICULIER

Il existe une si grande diversité dans la gravité des cas opérés et dans la technique suivie qu'il est fort difficile de se baser sur les statistiques publiées. Un point parait cependant acquis : l'infériorité de la voie sacrée. Je préviens donc que l'étude des statistiques risque d'égarer le jugement. Néanmoins, à titre documentaire, je rapporterai les principales d'entre elles, tout en faisant les plus grandes réserves sur leur valeur absolue.

Les résultats sont à envisager au point de vue immédiat et au point de vue éloigné.

Résultats immédiats. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. — L'hystérectomie vaginale a donné des résultats immédiats bien meilleurs que l'hystérectomie abdominale ; mais comme elle s'adresse à des cas moins avancés, et par conséquent moins graves, la comparaison n'est pas absolument juste.

Voici quelques statistiques :

Pozzi	46 cas	7 morts
Bouilly	183 —	28 —
Segond	95 —	17 —
Richelot	113 —	8 —
Terrier	12 —	2 —
Schwartz	15 —	0 —
Quénu	12 —	0 —
Döderlein	80 —	1 —
Sampson	143 —	20 —
Krœmer et Pfannenstiel	102 —	4 —
Morisani	25 —	0 —
Lewers	40 —	3 —
Crobak-Knauer	213 —	12 —
Herzfeld	29 —	0 —
D. de Ott	180 —	4 —
Schauta-Waldstein	241 —	25 —
Fritsch	395 —	26 —
Amann	175 —	7 —

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE. — L'effroyable mortalité des premières tentatives n'est plus qu'un souvenir. Toutefois ce n'est plus qu'en ces derniers temps que la technique opératoire s'est suffisamment perfectionnée pour que l'opération de Freund ne soit plus une redoutable intervention.

Voici quelques statistiques :

Pozzi	34 cas	8 morts
Segond	5 —	0 —
Richelot	24 —	8 —
Terrier	9 —	2 —

Reynier	13 cas	4 morts
Faure	5 —	2 —
Ricard	9 —	2 —
Pantaloni	8 —	2 —
Hartmann	3 —	0 —
Poirier	5 —	2 —
Legueu	10 —	4 —
Picque et Mauclore	4 —	2 —
Schauta	15 —	9 —
Krœnig	10 —	3 —
Dœderlein	26 —	6 —
Wertheim	90 —	20 —
Hofmeier	18 —	3 —
Fritsch	25 —	3 —
Amann	14 —	3 —
Sampson	3 —	1 —
Krœnig	24 —	4 —
Menge	7 —	3 —
Zweifel	4 —	0 —
Berruti	24 —	10 —
Pfannenstiel	10 —	3 —
Morisani	14 —	1 —
Rosthorn	28 —	12 —
Kleinhaus	32 —	3 —
Jacobs	52 —	4 —

Résultats éloignés. — La cure définitive du cancer utérin n'est pas encore démontrée, puisqu'on a vu des récidives survenir après 6, 7 et même 8 ans de guérison apparente. On peut cependant parler de survies éloignées.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. — Au Congrès de Paris en 1900 Dmitri de Ott donnait :

13 opérées restées sans récidive pendant	5 ans
6 — — — —	6 —
3 — — — —	7 —
1 — — — —	8 —
3 — — — —	9 —
4 — — — —	10 —

Léopold sur 45 cas en a 21 sans récidive depuis 5 ans

Landau — 50 — 10 — 5 —

Fritsch 10 pour 100 des opérées restent guéries.

Zweifel (de Leipzig) publie la statistique suivante :

225 cas, 14 morts opératoires ; sur 132 malades revues et examinées :

a) 85 sont en pleine récidive

b) 34 sont guéries depuis plus de 5 ans savoir :

6 sont guéries depuis	5 à 6 ans
8 — — — —	6 à 7 —
6 — — — —	7 à 8 —
12 — — — —	8 à 9 —
3 — — — —	9 à 10 —
3 — — — —	10 à 11 —
5 — — — —	11 à 12 —
4 — — — —	12 à 13 —

Winter a noté que sur 69 cas n'ayant pas récidivé depuis plus de 5 ans :

13 datent depuis plus de	5 ans
10 — — — —	6 —
11 — — — —	7 —
9 — — — —	8 —
10 — — — —	19 —

10 datent depuis plus de 20 ans

4 — — 11 —

1 — — 13 —

1 — — 14 —

Toutes ces opérées appartiennent à une série de 300 hystérectomies vaginales comprenant 45 morts opératoires, 14 malades perdues de vue, 11 malades mortes d'autres maladies, 161 récidives et 69 cas paraissant guéries.

Knauer dit que, sur une série de 213 cas, 176 opérées ont survécu au moins 5 ans.

Lewers rapporte que 12 de ses opérées ont survécu de 2 à 7 ans.

Thorn assure que 10 de ses opérées sur 62 sont sans récidives depuis 2 à 8 ans.

Olshausen relève 18 à 19 pour 100 de guérisons durables ; Krömer et Pfannenstiel 12 pour 100 de guérisons prolongées.

Durming a observé :

1 opérée sans récidive depuis 10 ans

3 — — 6 —

1 — — 5 —

3 — — 4 —

Pozzi sur 204 opérées n'a eu que 2 cas de survie prolongée : un 6 ans, l'autre dure depuis 12 ans.

Flaischlen sur 48 cas a eu 4 morts opératoires et 27 récidives. — 17 autres sont encore vivantes, il y a :

1 guérison depuis 18 ans

1 — — 17 —

1 — — 16 —

6 — — 13 —

5 — — 7 —

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE. — Les résultats sont plus difficiles à apprécier ; en effet, cette opération est encore trop récemment vulgarisée.

En 1901, Winter a présenté les résultats suivants (il qualifie de récidive le retour du cancer avant 12 mois) :

Jacobs.....	32 cas	10	récidives
Faure.....	3	— 1	—
Terrier.....	13	— 10	—
Quénu.....	3	— 2	—
Fritsch.....	10	— 5	—
Hofmeier.....	14	— 5	—
Léopold.....	6	— 2	—

A la même époque Freund citait comme exemple deux de ses opérées guéries depuis 23 et 17 ans.

Au Congrès de Breslau (1901), Wertheim a rapporté que 18,2 pour 100 de ses opérées sont sans récidives depuis 4 ans et 27,5 pour 100 depuis 3 ans, et Döderlein a relevé 20 opérées exemptes de récidives sur 46 hystérectomisées en 1902.

CONCLUSIONS

Les résultats opératoires et les résultats thérapeutiques se sont améliorés durant ces dernières années. Le procédé de MM. Imbert et Piéri que je viens d'exposer peut s'appliquer avantageusement à un certain nombre de cas.

Le premier avantage est la facilité plus grande de l'opération. En effet, le temps vaginal simplifie l'extirpation de l'appareil génital par la laparotomie en supprimant ses principaux moyens de fixité.

Un autre avantage prépondérant consiste dans la diminution des chances d'infection contre lesquelles la chirurgie a surtout lutté durant ces dernières années. Les sécrétions néoplasiques sont redoutées, c'est pour parer à leurs dangers d'infection que l'on applique des pinces en L au-dessous de l'utérus de façon à éviter autant que possible tout suintement. Malgré tout il y a toujours un lambeau vaginal qui entre en contact avec la plaie, et qui a été largement souillé par le néoplasme. La supériorité du procédé que je viens d'exposer se manifeste surtout dans le fait d'extirper l'appareil génital en vase clos.

De plus, on constate parfois l'envahissement de la paroi

vaginale par le néoplasme, alors que l'infiltration des ligaments larges n'est pas profonde. Dans ce cas, la nécessité d'extirper la paroi vaginale est manifeste, on ne pourra mieux le faire que par le procédé de MM. Imbert et Piéri. Il en est de même lorsque, comme dans ma première observation, un cancer du col s'est greffé sur le vagin.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 4 Mars 1909.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 4 Mars 1909.
Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Hystérectomie vaginale pour cancer

- BIGEARD. — Des hystérectomies totales, vaginales et abdominales dans le cancer de l'utérus. Thèse Paris, 1898-9, n° 279 (316 p.).
- BILHAUT (M.). — Evolution du traitement chirurgical du cancer utérin. Thèse Paris, 1906-7, n° 352.
- Cong. Soc. allem. de chir. — 30^e ses., 1901. Die chirurgische Behandlung der Uteruscarcinome. Comm. et Disc. : JORDAN, SCHUCHARDT, DÆDERLEIN, DÜHRSEN, OLSHAUSEN, MARTIN, WERTHEIM. in *Cent f. Chir.*, 1901, XXVIII, suppl., 127 et suiv.
- DEMONS (A.). — De l'extirpation totale de l'utérus par le vagin. *Rev. de chir.*, 1884, IV, 585 (ind. bibl.) ; 3^e Cong. franç. de chir., 1888, 372.
- DOYEN (E.). — Ouv. cité, p. (481).
- GELLHORN (G.). — Paravaginal or abdominal operation in carcinoma of the uterus. *Amer. J. of obst.*, 1905, LII, 1-28 (index bibl.).
- GRIMOUD (J.). — La lutte contre le cancer de l'utérus (état actuel de la question). Thèse Toulouse, 1904-5, n° 579 (295 p., index bibl.).
- KROMER (P.). — Die Lymphorgane der weiblichen Genitalien und ihre Veränderungen bei malignen Erkrankungen des Uterus. *Arch. f. Gyn.*, 1904, LXXIII, 57-158 (index bibl.).

- LANDAU (T.). — Zur Geschichte, Technik und Indication der Totalexstirpation der krebsigen Gebärmutter. Berlin. klin. Woch., 1893, XXX, 563, 598 et 629.
- LONGUET (L.). — De l'hystérectomie vaginale totale pour cancer de l'utérus. Progrès méd., 1899, 3^e s., IX, 33 et suiv.
- MADEC (R. de). — Traitement chirurgical du cancer de l'utérus; indications et manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale. Thèse Paris, 1886-7, n^o 56 (114 p., fig.).
- OLSHAUSEN (R.). Ueber die Principien der vaginalen Exstirpation des carcinomatösen Uterus. 25^e Cong. Soc. all. de chir., 1896; in Cent. f. Chir., 1896, XXIII, suppl., 148.
- PFANNENSTIEL (J.). — Wie erreichen wir am besten das Ziel, den Uteruskrebs auf operativen Wege zu heilen? Berl. kl. Wochens., 1905, 849-852.
- PROUST (R.). — L'opération de Schuchardt-Schauta; colpo-hystérectomie totale par voie vulvo-périnéale. Presse méd., 1907, 169.
- RICHELOT (L.-G.). — L'hystérectomie vaginale contre le cancer utérin. Disc. : BOUILLY, ROUTIER, SCHWARTZ, SEGOND, TERRIER, VERNEUIL. Bull. et Mém. Soc. de chir., 1891, XVII, 153.
- Traitement du cancer de l'utérus, Ann. de gynec. et d'obst., 1900, LIV, 214.
- SANGER (M.). — Zur vaginalen Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus, nebst über zwei von der Operation genesene Fälle. Arch. f. Gyn., 1883, XXI, 99-141.
- SCHAUTA (F.). — Die Operation des Gebärmutterkrebses mittelst des Schuchardt'schen Paravaginalschnittes. Monats. f. Geb. u. Gyn., 1902, XV, 133-152 (2 pl.).
- Die Berechtigung der vaginalen Totalexstirpation bei Gebärmutterkrebses. Mèmo rec., 1904, XIX, 475-521; Ouv. cité, p. (II, 444).
- SCHUCHARDT (K.). — Ueber die paravaginale Methode der Extirpation Uteri und ihre Enderfolge beim Uteruskrebs. Monats. f. Geb. u. Gyn., 1901, XIII, 744-796 (12 fig.)
- SINCLAIR. — Ouv. cité, p.
- STAUDE (C.). — Ueber Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus

mistelst doppelsietiger Scheidenspaltung. Monats. f. Geb. u. Gyn., 1902, XV, 863-879.

WERTHEIM (E.) und MICHOLITSCH. Ouv. cité, p. Voy. aussi Utérus en général, p. ; Hystérectomie vaginale en général, p. Hystérectomie abdominale pour cancer, p.

Hystérectomie abdominale pour cancer

AMMAN (J.-A.). — Zur Technik der transperitonealen Exstirpation des carcinomatösen Uterus mit Beckenausäumung, mit besonderer Berücksichtigung der Ureterdeckung und des Drainage der Beckenhöle. Monats. f. Geb. u. Gyn., 1902, 290.

BAISCH (K.). — Die modernen Bestrebungen zur Bekämpfung des Uterus-Karzinoms. Württ. med. Carr.-Bl., 1904, 319; 1905, 701-706; Arch. f. Gyn., 1905, LXXV, 273-299.

BÉRARD (L.) et LERICHE (R.). — De la castration abdomino-vaginale dans le traitement du cancer du vagin. Lyon méd., 1906, CVII, 794-796. British med. Assoc., 73^e ses., Leicester, 1903. On the diagnosis and treatment of cancer of the uterus. E. WERTHEIM, H. KELLY, C. LACKYER, S. KEITH, J. CAMPBELL, L.-B. ALDRICH-BLAKE, H. BRIGGS, H. SNOW... Brit. med. J., 1905, II, 689-704 (10 fig.).

BUMM (E.). — Zur Technik der abdominalen Exstirpation des karzinomatösen Uterus. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn., 1905, LV, 173-183; Charité-Ann., Berlin, 1907, XXXI, 428-438.

CARLE (A.). — 11^e Cong. intern. de méd., Rome, 1894, sect. de gyn. V, 105.

CHALOT (V.). — La transplantation systématique des deux uretères et la ligature préventive des deux iliaques internes pour l'extirpation large du cancer diffus de l'utérus par l'abdomen. Indépendance méd., 1896, 297-9.

CLARK (J.-G.). — A more radical method of performing for cancer of the uterus. John Hopking's Hospit. Bullet., 1895, VI, 120, Univ. of Penn. med. Bull., 1901-2, XIV, 68.

Cong. intern. de méd. 13^e session, Paris, 1900, sect. de gyn., 5 et suiv. Communications diverses par DE OTT, CULLEN, Ri-

CHELOT, BOUILLY, BOURSIER, H. DELAGENIÈRE, J.-L. FAURE, REYNIER, LEGUEU, CALDERINI.

Cong. international de gyn., 4^e ses., Rome, 1902. Traitement chirurgical du cancer de l'utérus. Rapp. par WERTHEIM, CULLEN, JONNESCO, W.-A. FREUND, Rev. de gyn. et de chir. abd., 1902, VI, 757 et suiv. Disc. : Pozzi, JACOBS, GUTTIEREZ, PAUL DELBET, MACKENRODT, MORIZANI, GATTORNO, ZWEIFEL, SPINELLI, JAYLE, DE PAOLI, BOSSI, etc... Cent. f. Gyn., 1902, 1203-1217 et 1353.

Cong. des naturalistes et médecins allemands (76^e réunion, Breslau, 1904). De l'hystérectomie pour cancer de l'utérus. FREUND (W.-A.), DÖDERLEIN, MACKENRODT, KUSTNER, VEIT, PANKOW (KRÖNIG), WERTHEIM, V. FRANQUÉ, MARTIN, FREUND (H.), HOFMEIER. Rev. de Gyn., 1905, IX, 91-97.

Cong. Soc. allem. de gyn., 9^e ses., Giessen, 1901. Sur le traitement chirurgical du cancer utérin. Rap. par W.-A. FREUND et par WINTER. Disc. : KUSTNER, SCHUCHARDT, LÉOPOLD, MACKENRODT, AMANN, OLSHAUSEN, WERTHEIM, LATZKO, ZWEIFEL, STAUDE, HOFMEIER, CHROBAK, V. ROSTHORN, MARTIN, JORDAN, VEIT, FRITSCH, DÖDERLEIN, etc... C. R. 1901, 18 et suiv.

Même Société, 11^e ses., Kiel, 1905. Sur l'extirpation abdominale du cancer utérin. Commun. par LATZKO, WERTHEIM, STOECKEL. Disc. : ZWEIFEL, DÖDERLEIN, v. HERFF, v. FRANQUÉ, KRÖNIG, MACKENRODT, OPITZ, v. ROSTHORN, etc... C. R., 1906, 464 et suiv.

CULLEN (T.-S.). — Cancer of the uterus; its pathology., N.-Y., 1900 (693 p., 11 pl., 300 fig.). Voyez aussi Congrès.

DELAGENIÈRE (H.). — De la valeur de la ligature des hypogastriques dans l'hystérectomie abdominale pour cancer. 13^e Cong. intern. de méd., Paris, 1900, section de gynécologie, 46.

DEPAGE (A.) et MAYER (L.). — De la résection délibérée des uretères et de la paroi vésicale dans les cas de cancer étendu de la matrice. J. de méd. de Bruxelles, 1904, IX, 245 et 257 (index bibl.).

DÖDERLEIN (Al.). — Ueber abdominelle Exstirpation des carcinoma-

- lösen Uterus nach Wertheim. Cent. f. Gyn., 1902, 681.
Voy. aussi Congrès.
- DUVAL (P.). — Sur l'extirpation totale de l'appareil génital chez la femme par voie périnéo-abdominale. Rap. par FAURE. Disc.: WALTHER, HARTMANN, MONPROFIT, QUÉNU, ROUTIER. Bull. et Mém. Soc. de chir., 1906, XXXII, 573 et 596. Voy. aussi QUÉNU.
- FAURE (J.-L.). — Voy. DUVAL.
- FREUND (W.-A.). — Eine neue Methode der Exstirpation des ganzen Uterus. Berlin. klin. Woch., 1878, XV, 417; Beitr. z. Geb. und Gyn., 1898, I, 343. Voy. aussi Congrès.
- GOULLIoud (P.). — Trav. cité.
— Procédé d'hystérectomie abdominale pour les utérus infectés. Lyon méd., 1904, CIII, 91-95.
- IMBERT (L.) et PIÉRI (F.). — Sur l'extirpation utéro-vaginale total (colpo-hystérectomie abdomino-vaginale). Bull. et Mém. Soc. de chir., 1905, XXXI, 925.
- JACOBS (C.). — Ablation génito-abdominale et évidemment du bassin dans le cancer utérin. Rev. de gyn..., 1898, II, 3; 1900, IV, 607, Bull. Soc. belge de gyn..., Bruxelles, 1904-5. XV, 13-23. Voy. aussi Congrès.
- JAYLE (F.). — Technique de l'hystérectomie abdominale pour cancer. Presse méd., 1904, 425-428 (7 fig.). Voy. aussi Congrès.
- JONNESCO (Th.). — Voy. Congrès int. de gyn., 1902.
- KLEINHANS (F.). — Erfahrungen über die abdominale Radikaloperation der Gebärmutter. Prag. med. Wochens., 1902, 597, 611, 623, 636.
- KUSTNER (O.). — Ueber die Freund'sche Operation bei Gebärmutterkrebs. Volkmann's klin. Vortn., N. F., n° 204 (Gynæc., n° 75), janvier 1898.
- KRÖNIG. — Zur Technik der abdominalen Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus. Monats. f. Geb. u. Gyn., 1901, XIV, 353; 1902, XV, 879; 1904, XVI, 205. Voy. aussi Congrès.
- LATZCO. — Zur abdominalen Operation des Gebärmutterkrebses. Wien. klin. Wochens., 1905, 744.
- MACKENRODT (A.). — Ergebnisse der abdominalen Radikaloperation des Gebärmutter-scheldenkrebses mittelst Laparotomia

- hypogastrica. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn., 1905, LIV, 514-580 (4 pl., 2 fig.). Voy. aussi Congrès.
- MARCILLE M. — Lymphatiques et ganglions ilio-pelviens. Thèse Paris, 1901-2, n° 224 (114 p.).
- MARTIN (F.-H.). — Removal of the bladder as a preliminary or co-incidental with hysterectomy for cancer in order to extend the possibilities of surgery for malignant disease of the pelvis, Disc. : MONTGOMERY, PRICE, CLARK, NORRIS, NOBLE (Ch. P.). Amer. gyn. and. obst. J., 1900, XVI, 395-429 (7 fig.)
- MAUCLAIRE (P.). — Sur trois cas de cancer du col utérin traités par l'hystérectomie abdominale totale. Rap. par PICQUÉ. Disc. : REYNIER, RICARD, SEGOND, TERRIER, POTHERAT, MICHAUX, SCHWARTZ, ROUTIER, RICHELOT. Bull. et Mém. Soc. de chir., 1898, XXIV, 1188 ; 1899, XXV, 728 et suiv.
- OPITZ (E.). — Der Stand der Bekämpfung der Gebärmutter-Krebses. Monats. f. Geb. u. Gyn., 1906, 62.
- PICQUÉ (L.). — Voy. MAUCLAIRE.
- POLK (W.-M.). — Hysterectomy for fibroid carcinoma and in pregnancy after ligation of anterior trunk of the internal iliac artery. Amer. gyn. and. obst. J., 1896, IX, 1.
- POLLOSSON (A.). — Hystérectomie abdominale avec évidement pelvien et recherche des ganglions pour cancer de l'utérus. Rev. de Gyn., 1905, IX, 771-816.
- POZZI (S.). Voy. Congrès int. de Gyn., Rome, 1902.
- QUÉNU (E.). — Cancer de l'utérus traité par hystérectomie abdominale totale. Disc. : MICHAUX, SEGOND. Bull. et Mém. Soc. de chir., 1898, XXIV, 230.
- QUÉNU (E.) et DUVAL (P.). — Technique opératoire de la colpo-hystérectomie totale par voie combinée périnéo-abdominale. Rev. de chir., 1908, XXXVII, 750-760 (10 fig.). Voy. aussi DUVAL.
- REYNIER (P.). — De l'hystérectomie abdominale pour cancers utérins. Disc. : DOYEN, PESTALOZZA, BOZEMAN JESSETT, JANVRIN, JACOBS, FAURE, JOUIN, JONNESCO. 3^e Cong. intern. de gyn., Amsterdam, 1899 ; in Presse méd., 1899, II, 3.
- RICARD (A.). — Hystérectomie abdominale totale pour cancer. 13^e Cong. fr. de chir., 1899, 40.

- RIES (E.). — Eine neue Operationsmethode des Uteruscarcinoms. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn., 1895, XXXII, 266-274; 1897, XXXVII, 518-532.
- ROSTHORN (A. v.). — The radical operation in uterine cancer. J. of the amer. med. Assoc., 1906, XLVII, 1872-1881. Voy. aussi Congrès.
- SAMPSON (J.-A.). — The importance of a more radical operation in carcinoma cervix uteri as suggested by pathological findings in the parametrium. J. Hopk. Hosp. Bull., 1902, XIII, 299-307 (3 fig.).
- STAPLER (D.). — L'opération de Wertheim dans les cas de cancer de l'utérus. Rev. de gyn... 1901, V. 577 (9 fig.).
- VEIT. (J.). — Erfahrungen mit der erweiterten Freund'schen Operation. Berl. kl. Wochens., 1906, XLIII, 213; 1907, XLIV, 768. Voy. aussi Congrès.
- WERDER (X.-O.). — A new operation for the radical treatment of cancer of the cervix, consisting in the removal of the uterus and vagina *en masse* by the suprapubic method. Amer. J. of obst..., 1898, XXXVII, 289-293.
- WERTHEIM (E.). — Ein neuer Beitrag zur Frage der Radikaloperation beim Uteruskrebs. Arch. f. Gyn., 1902, LXV, 1-39.
- The radical abdominal operation in carcinoma of the cervix uteri. Disc. : CULLEN, WERDER, CLARK, SENN, HENROTTIN, RIES, KOLISCHER, DUDLEY. Surg., Gyn. and Obst., 1907, IV, 1-10 (16 fig.) et 101-113. Voy. aussi Congrès et Brit. med. Assoc. — Voy. aussi Utérus en général, Hystérectomie abdominale en général; Hystérectomie vaginale pour cancer.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
